**FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE OFERTAS DE ENTIDADES SOCIOASSISTENCIAIS NO**

**CADASTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CNEAS**

|  |  |
| --- | --- |
| O Formulário de exclusão deverá ser enviado para o e-mail [redeprivadasuas@mds.gov.br](mailto:redeprivadasuas@mds.gov.br). | |
|  | |
| **DADOS DE EXCLUSÃO** | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Nome do Município:** | Insira aquí o Nome da Entidade | **UF:** | Insira aqui a UF | | **Nome da Entidade:** | Insira aqui o Nome da Entidade | | | | **CNPJ:** | Insira aqui o nº do CNPJ | | | | |
|  | |
| **OFERTAS A ENTIDADE NÃO EXECUTA - DEVEM SER EXCLUÍDAS DO CNEAS** | |
| NOME DA OFERTA | ENDEREÇO DA OFERTA |
| |  |  | | --- | --- | | 1- | Insira aqui o Nome da Oferta | | 2- | Insira aqui o Nome da Oferta | | 3- | Insira aqui o Nome da Oferta | | 4- | Insira aqui o Nome da Oferta | | 5- | Insira aqui o Nome da Oferta | | |  |  | | --- | --- | | 1- | Insira aqui o Endereço da Oferta | | 2- | Insira aqui o Endereço da Oferta | | 3- | Insira aqui o Endereço da Oferta | | 4- | Insira aqui o Endereço da Oferta | | 5- | Insira aqui o Endereço da Oferta | |
|  | |
| **OFERTAS QUE A ENTIDADE EXECUTA - PERMANECEM NO CNEAS** | |
| NOME DA OFERTA | ENDEREÇO DA OFERTA |
| |  |  | | --- | --- | | 1- | Insira aqui o Nome da Oferta | | 2- | Insira aqui o Nome da Oferta | | 3- | Insira aqui o Nome da Oferta | | 4- | Insira aqui o Nome da Oferta | | 5- | Insira aqui o Nome da Oferta | | |  |  | | --- | --- | | 1- | Insira aqui o Endereço da Oferta | | 2- | Insira aqui o Endereço da Oferta | | 3- | Insira aqui o Endereço da Oferta | | 4- | Insira aqui o Endereço da Oferta | | 5- | Insira aqui o Endereço da Oferta | |
|  | |
| Declaro que as informações prestadas são verdadeiras. | |
|  | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Insira o local | , | Inserir data. | | ---------------------------- |  | ----------------------------------------------------------- | | |
|  | |
|  | |
| Insira aqui o Nome do Gestor/or ou Técnica(o) | |
| (Nome da gestora/or da política de assistência social  ou técnica/o responsável pelo preenchimento do CNEAS) | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **CPF:** | Insera nº CPF . | **Telefone: (** | DDD | **):** | Insira nº Telefone | | |
| • Em caso de dúvidas, entrar em contato através do e-mail redeprivadasuas@mds.gov.br  • Esse formulário deverá ser utilizado no caso de exclusão de ofertas de entidades socioassistenciais que continuam atuam na política de assistencia social prestando outras ofertas.  • Para envio do formulário verifique se todas as informações foram prestadas. Não é necessário assinar o documento. | |